

別記

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

京田辺市初回産科医療機関等受診費用助成金申請書兼請求書

（あて先）京田辺市長

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

市町村民税非課税世帯等を対象とした産科受診等支援を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

ふりがな 対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所 電 話 番 号	電話番号		
送付先住所			
受診医療機関名			
支援への同意	・妊娠初期から子育て期までにわたって、切れ目のない支援を受けるため、市と産科医療機関等が連携（必要に応じて、心身の状況等を情報共有等する。）し、支援することに同意します。 ・事業利用の審査のため、市が世帯全員の所得及び市町村民税課税状況を調査することについて同意します。また、世帯全員の承諾を得ています。 年 月 日 氏名		

添付書類

<input type="checkbox"/>	受診料に係る領収書及び診療明細書の原本 ※受診者の氏名、受診年月日、受診費用及び医療機関等の名称が確認できるもの
<input type="checkbox"/>	振込先口座が確認できるもの（通帳等の写し）
<input type="checkbox"/>	転入等で課税状況が本市で確認できない場合は、世帯全員の課税状況が分かる資料

※担当記入欄	支給決定額	円	確認印	
--------	-------	---	-----	--

(裏面)

口座振込先							
	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	預金種別	<input type="checkbox"/>	普通	
					<input type="checkbox"/>	当座	
口座番号 (右詰で記入ください)				口座名義 (カタカナ)			
口座振込先については、原則として申請者が開設する口座を記入してください。 (申請者と異なる口座名義の場合は、以下の委任状の記入が必要です。)							

申請者と異なる名義の口座に振込みを希望される場合は、下欄に記入をお願いします。

※委任状	
私は、口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	
申請者氏名	